

Daniela Bernardini *Patient Safety Country Head presso Novartis Pharma*

Fidelia Cascini *Ricercatrice e Docente di Igiene e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

Daniela Cianciulli *Head of regional market access -Baxter*

Vittorio Fineschi, *Professore Ordinario Medicina Legale, Università La Sapienza, Roma "La Sapienza" -
Presidente INSH*

Paola Frati, *Professore ordinario di Medicina Legale /Bioetica, Università La Sapienza, Roma*

Micaela La Regina, *Direttore f.f. SC Governo e Rischio clinico, ASL 5, La Spezia
Vice Presidente INSH*

Alessio Lubrani, *Direttore SOC. N.U.E. 112, Regione Toscana, Firenze*

Franco Piu, *Direttore S.C. Professioni Sanitarie, Asl5, La Spezia*

Elisa Romano, *referente Liguria INSH*

Michela Tanzini, *Dirigente, Centro Gestione Rischio Clinico, Regione Toscana, Firenze*

Riccardo Tartaglia
Professore straordinario di Clinical Risk management, Università G. Marconi, Roma. Presidente Onorario INSH

Francesca Torraca, *Direttore S.C. Igiene e Sanità Pubblica, Asl5 La Spezia*

Walter Ricciardi, *Professore ordinario di Igiene e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

LE SFIDE DEL CLINICAL RISK MANAGEMENT NELLA SANITA' POST COVID 19 *La Spezia, 22 Settembre 2022*

Sala Dante - via Ugo Bassi, 4



SIMPOSIO

- Ore **14.00** Introduzione e Saluti
Paolo Cavagnaro
- Moderano:
*Franco Piu, Elisa Romano, Michela Tanzini,
Francesca Torraca*
- Ore **14.15** 4° Giornata Mondiale per la sicurezza del paziente
M. La Regina
- Ore **14.45** Covid-19, epatite fulminante, emergenza profughi: la gestione del rischio negli eventi critici e inattesi
A. Lubrani
- Ore **15.45** Big data, telemedicina, intelligenza artificiale: quali scenari per la gestione del rischio clinico
F. Cascini
- Ore **16.30** Responsabilità professionale: cosa devono aspettarsi gli operatori sanitari al termine dello stato di emergenza
V. Fineschi, P. Frati
- Ore **17.20** Dibattito con gli esperti



LA LENTA STORIA DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE SANITARIA

- Perché la riforma Balduzzi..e poi la riforma Gelli.....



ALLA RICERCA DI UN BARICENTRO....
.....L'ART. 2236 DEL CODICE CIVILE

«SE LA PRESTAZIONE IMPLICA LA SOLUZIONE DI PROBLEMI TECNICI DI SPECIALE DIFFICOLTÀ, IL PRESTATORE D'OPERA NON RISPONDE DEI DANNI, SE NON IN CASO DI DOLO E COLPA GRAVE».

VI SI COGLIE UNA PRECISA *RATIO*, BEN ESPRESSA NELLA RELAZIONE DEL GUARDASIGILLI AL CODICE CIVILE: LA NORMA MIRA, DA UN LATO, A «**NON MORTIFICARE** L'INIZIATIVA DEL PROFESSIONISTA COL TIMORE DI INGIUSTE RAPPRESAGLIE DA PARTE DEL CLIENTE IN CASO DI INSUCCESSO» E, DALL'ALTRO, A «NON INDULGERE VERSO NON PONDERATE DECISIONI O RIPROVEVOLI INERZIE DEL PROFESSIONISTA».





IL MEDICO ...IN TRINCEA

L'ATTUALE LEGGE 24/2017

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041)

(GU n.64 del 17-3-2017)

Vigente al: 1-4-2017

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

la seguente legge:



SETTORI DI INTERESSE E INNOVATIVI(?)

- Implementazione del rischio clinico
- Attenuazione responsabilità penale del professionista (peggiorativa)
- Attenuazione responsabilità in civile (doppio binario. Peso risarcitorio per le strutture)
- Valorizzazione linee guida e buone pratiche (sistema di produzione linee guida inadeguato)
- »peso» della consulenza



Art. 6

Responsabilita' penale dell'esercente la professione sanitaria

1. Dopo l'articolo 590-quinquies del codice penale e' inserito il seguente:

«Art. 590-sexies (Responsabilita' colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). - Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilita' e' esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificita' del caso concreto».

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 e' abrogato.



RISPETTO ALLA LEGGE BALDUZZI

- Limitazione alla sola imperizia e nessun riferimento alla colpa lieve. Di fatto si perde l'implicito riferimento che già la magistratura operava alla portata dell'art. 2236 c.c. Intervento della Corte di Cassazione non esaustivo e comunque peggiorativo rispetto alla legge Balduzzi.
- In penale un'occasione mancata!



Esimente di responsabilità e non punibilità: la colpa dal Decreto Balduzzi alla Legge Gelli

Decreto Balduzzi:

Il medico che segue le prassi mediche riconosciute dalla comunità scientifica **non risponde** penalmente per «colpa lieve».

Legge Gelli:

Il medico che segue le raccomandazioni pubblicate o le buone prassi cliniche **non è punibile** quando il fatto sia ascrivibile a «imperizia».

Il legislatore supera la distinzione tra graduazioni di colpa (lieve e grave), ma precisa che l'esimente vale solo per l'imperizia (e non per l'imprudenza e/o la negligenza). Peraltro distinguere tra imperizia, negligenza e imprudenza in concreto non è cosa scontata.

Punibile o non punibile?



La sentenza 8770/2018

Cassazione Sezioni Unite Penali

Le Corti innanzitutto ripercorrono vent'anni di evoluzione:

- 1) Pre-Balduzzi: la colpa medica non veniva di fatto mai esclusa quando veniva accertato che la mancata osservanza di linee-guida fosse stata determinante nella causazione della lesione. L'unica esimente di responsabilità era che l'evento lesivo, data la complessiva condizione del paziente, fosse comunque inevitabile.
- 2) Balduzzi: la responsabilità del medico per colpa lieve è da escludersi quando il medico si è attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica
- 3) Gelli-Bianco: introduce una causa di non punibilità della eventuale responsabilità colposa per lesioni o morte per la sola imperizia, purchè siano state rispettate le raccomandazioni di cui alle linee-guida corrette

CONCLUDENDO

L'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA RISPONDERÀ, A TITOLO DI COLPA, PER MORTE O LESIONI PERSONALI DERIVANTI DALL'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ MEDICO-CHIRURGICA:

-) se l'evento si è verificato per **colpa** (anche "lieve") da **negligenza o imprudenza**;
- *b)* se l'evento si è verificato per **colpa** (anche "lieve") da **imperizia** quando il caso concreto **non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali**;
- *c)* se l'evento si è verificato per **colpa** (anche "lieve") da **imperizia** nella **individuazione** e nella **scelta** di linee-guida o di buone pratiche clinico-assistenziali **non adeguate** alla specificità del caso concreto;
- *d)* se l'evento si è verificato per **colpa "grave"** da **imperizia** nell'**esecuzione** di raccomandazioni di linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del **grado di rischio** da gestire e delle **speciali difficoltà** dell'atto medico”



Responsabilita' civile della struttura e dell'esercente la
professione sanitaria

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorche' non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attivita' di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonche' attraverso la telemedicina.

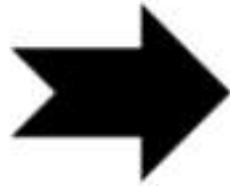
3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.

4. Il danno conseguente all'attivita' della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria e' risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attivita' di cui al presente articolo.



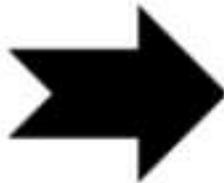
RESPONSABILITÀ CIVILE SANITARIA *(IN GENERALE)*

medico



Responsabilità extracontrattuale
ART. 2043 C.C.

struttura



Responsabilità contrattuale
ARTT. 1218, 1228 C.C.



IN CIVILE

- Regola sancita già dal 1228 c.c.
- Struttura sanitaria come impresa: sceglie e trae un vantaggio dai propri professionisti e quindi è tenuta a rispondere del loro operato a meno che ricorra la colpa grave: esempio vedi sentenze di san Martino ovvero cardiocirurgo che opera il paziente nel prato fuori dalla clinica. La colpa grave come una chimera
- Deflazione del contenzioso dal professionista alla struttura sanitaria (poche eccezioni) ma sistema risarcitorio insostenibile per le stesse. Indennizzo: un'occasione mancata o forse una forma impraticabile nel nostro paese



LINEE GUIDA

- Indubbia valorizzazione ma allo stato attuale procedura scarsamente seguita dalle società scientifiche
- Linee guida e buone pratiche assimilate
- Atteggiamento favorevole della magistratura: «sapere scientifico metabolizzato e reso evidente», la buona scienza entra nel processo
- Superamento del dato personale a favore delle evidenze e della oggettività





Log in



guidelines|



Search

[Advanced](#) [Create alert](#) [Create RSS](#)

[User Guide](#)

Save

Email

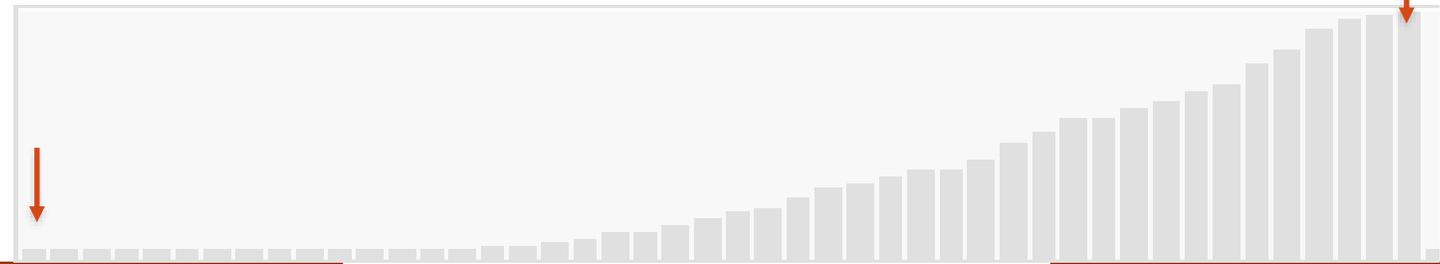
Send to

Sorted by: Publication date ↓

Display options

MY NCBI FILTERS

444,212 results



99 nel 1971

444.212 nel 2020



LEGGE BALDUZZI: art. 3, comma 1 (abrogato)	Legge Gelli: art 5, comma 1
L'esercente la professione sanitaria	Gli esercenti le professioni sanitarie
che nello svolgimento della propria attività	nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale
si attiene	si attengono,
	salvo le specificità del caso concreto
a linee guida	alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ...
	in mancanza delle suddette raccomandazioni
buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica	buone pratiche clinico-assistenziali



BUONE PRATICHE E GIURISPRUDENZA



Cassazioni Sezioni Unite Penali

Grazie a linee guida «ufficiali» che costituiscono parametri circoscritti rispetto agli obblighi di prudenza, perizia e diligenza, il medico ha la

LEGITTIMA ASPETTATIVA

di **vedere giudicato il proprio operato rispetto ad essi, e non rispetto a norme cautelari legate a scelta soggettiva, a volte anche estemporanea e scientificamente opinabile, del giudicante.**

Pur nella consapevolezza che si tratta

di regole cautelari valide solo se adeguate rispetto all'obiettivo della migliore cura per lo specifico caso del paziente

(con conseguente obbligo, nel caso, di discostarsene)

SU QUESTA STRADA SI ATTESTANO LE SEZIONI UNITE

- **decalogo per l'esercente la professione sanitaria** che, se rispettato, **innalza il livello della colpa per imperizia punibile** al verificarsi di eventi avversi
- Nel dettaglio, occorre dunque che il medico sia: *i) accurato e prudente* nel seguire la evoluzione del caso sottopostogli; *ii) preparato* sulle *leges artis*; *iii) impeccabile* nelle diagnosi (anche differenziali); *iv) aggiornato* in relazione non solo alle nuove acquisizioni scientifiche ma anche allo scrutinio di esse da parte delle società e organizzazioni accreditate, dunque alle raccomandazioni ufficializzate con la nuova procedura; *v) capace* di fare scelte *ex ante* adeguate e di personalizzarle anche in relazione alle evoluzioni del quadro che gli si presentino.
- In tali evenienze - nel caso in cui “tale percorso risulti correttamente seguito e, ciononostante, l'evento lesivo o mortale si sia verificato con prova della riconduzione causale al comportamento del sanitario” - **il residuo dell'atto medico “connotato da errore colpevole per imperizia” non sarà punibile**, potendosi ritenerlo **ancora attestato nel perimetro delle linee guida**, in virtù di uno **scostamento** da esse **“marginale e di minima entità**

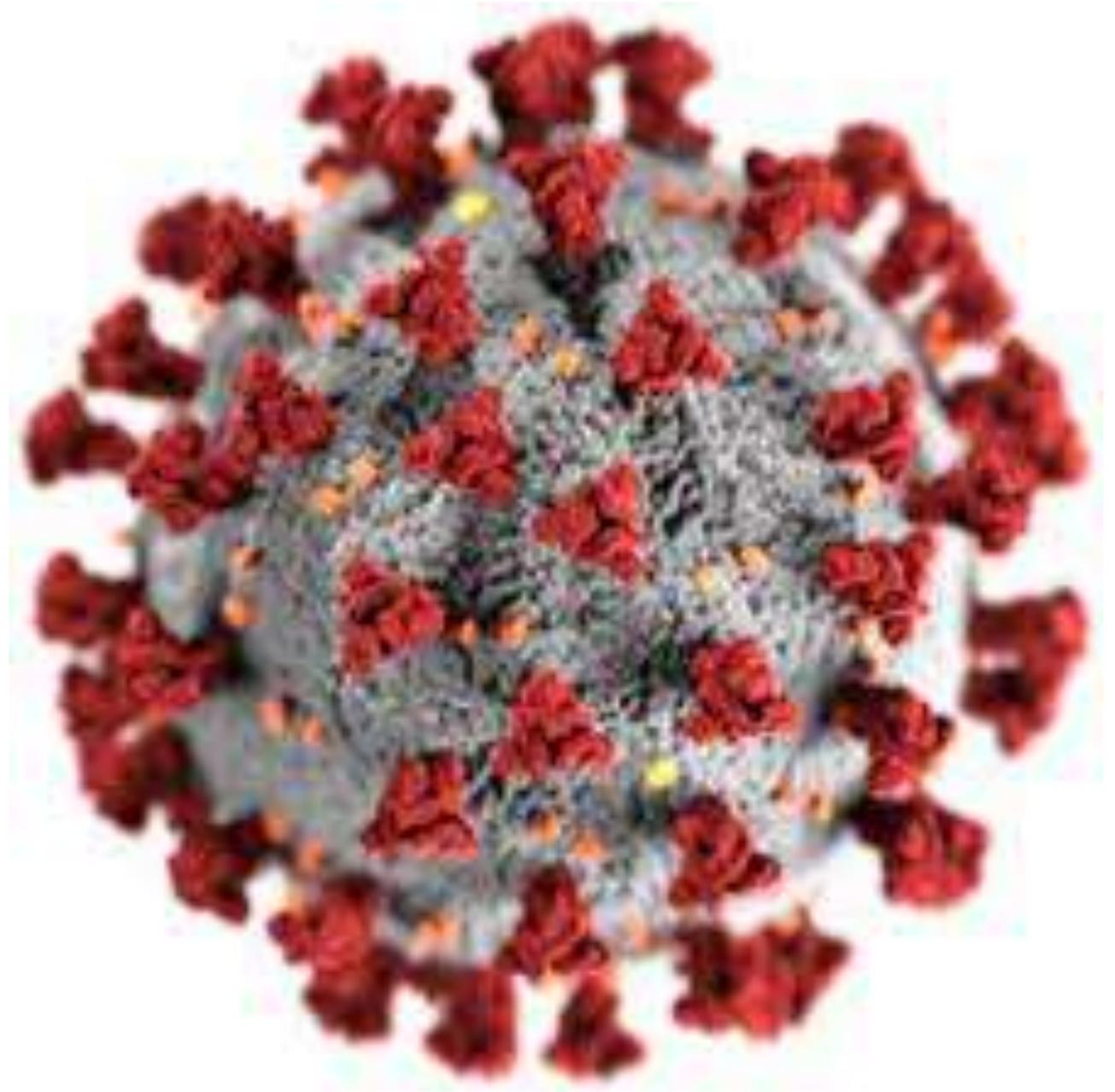


SU QUESTA STRADA SI ATTESTANO LE SEZIONI UNITE QUALITÀ DEL SERVIZIO

- Un passaggio significativo – che fissa **punti fermi** condivisibili (e sostanzialmente condivisi) – concerne in particolare le **linee guida**, che ambiscono ora, anche grazie agli introdotti meccanismi di razionalizzazione, accreditamento e pubblicità, “a costituire non solo, **per i sanitari**, un contributo autorevole per il miglioramento generale della qualità del servizio, essendo, tutti gli esercenti le numerose professioni sanitarie riconosciute, **chiamati ad attenervisi** (...), ma anche, **per il giudizio penale**, indici cautelari di parametrizzazione, anteponendosi alla rilevanza delle buone pratiche clinico-assistenziali”



RESPONSABILITA' E COVID

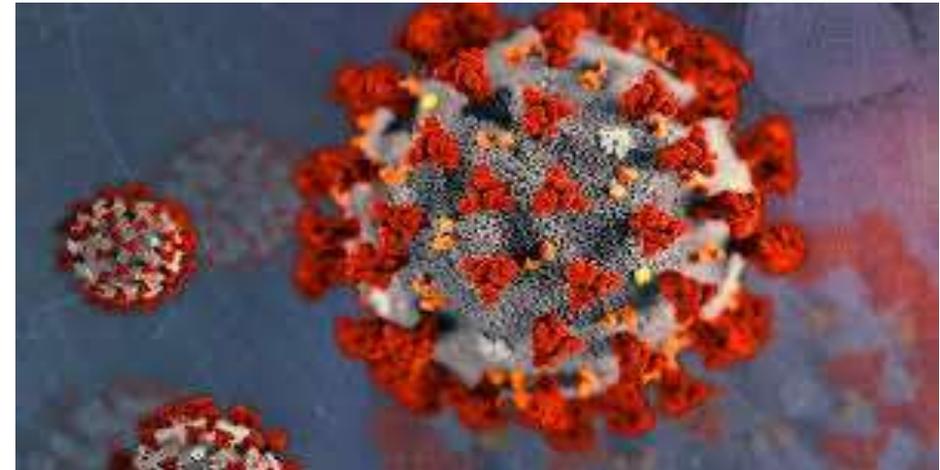


PANDEMIA

Nella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità la pandemia è "un'epidemia che si verifica in tutto il mondo o su un'area molto ampia, attraversando i confini internazionali e di solito colpendo un gran numero di persone" **che spesso non hanno l'immunità**. La storia insegna che i grandi eventi epidemici che si sono susseguiti avevano un comune denominatore: l'origine zoonotica, sono causati cioè dagli animali soprattutto selvatici. In generale, più del 60% delle malattie infettive umane sono causate da agenti patogeni condivisi con animali selvatici o domestici; nel caso delle malattie infettive emergenti (EID) più del 75% di tutti i patogeni che colpiscono l'uomo sono di origine animale.

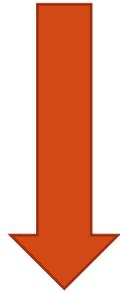


- La prevenzione della diffusione
- La gestione della diffusione
- La gestione del contenziioso
- Responsabilità dei vertici
- Responsabilità dei professionisti
- Pandemia e medicina delle catastrofi



PANDEMIA

- RISCHIO CLINICO



- INFEZIONI



COVID

- Covid 19
- Obbligatorietà vaccinazione
- Scudo penale



- Novità normative e contesto pandemico

Le strutture sanitarie del sistema sanitario nazionale hanno affrontato una situazione di grave emergenza epidemiologica

Lo stato di forte criticità è stato determinato dai seguenti fattori:

Facile e veloce diffusione del Covid 19 e repentina ed elevata crescita del numero dei malati

CONTRO

Scarsa conoscenza del virus da parte della scienza medica ed insufficiente disponibilità delle risorse necessarie per affrontare l'emergenza (D.P.I., apparecchi di ventilazione forzata, posti di terapia intensiva)

Insufficiente numero di infettivologi e personale specializzato

CONTRO

Ricorso a personale sanitario che ha operato al di fuori degli ambiti di propria competenza.

Editorial

Responding to COVID-19: the experience from Italy and recommendations for management and prevention

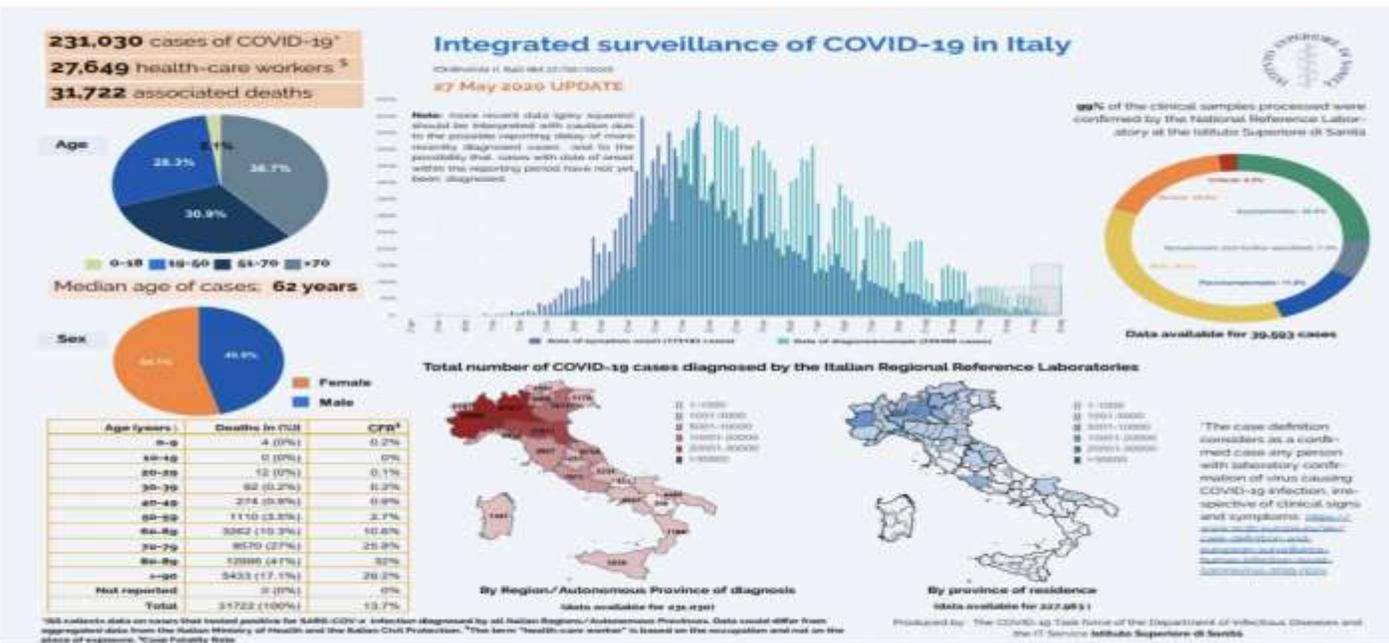


Figure 2 Integrated surveillance of COVID-19 in Italy (27 May 2020 update).

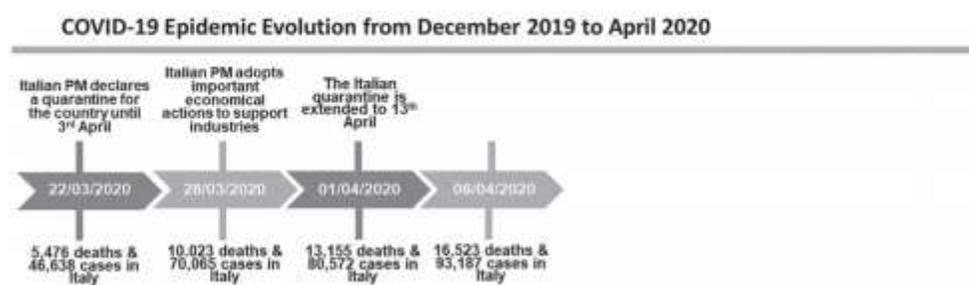
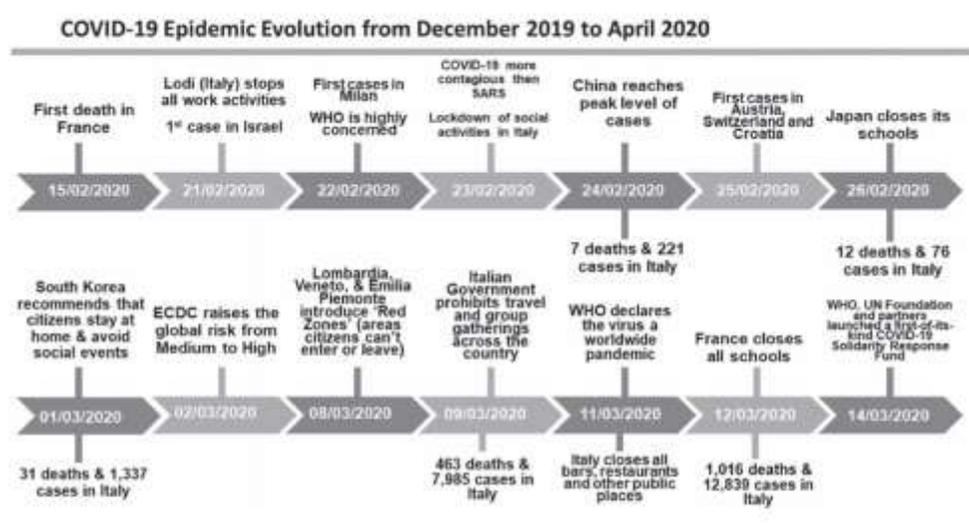
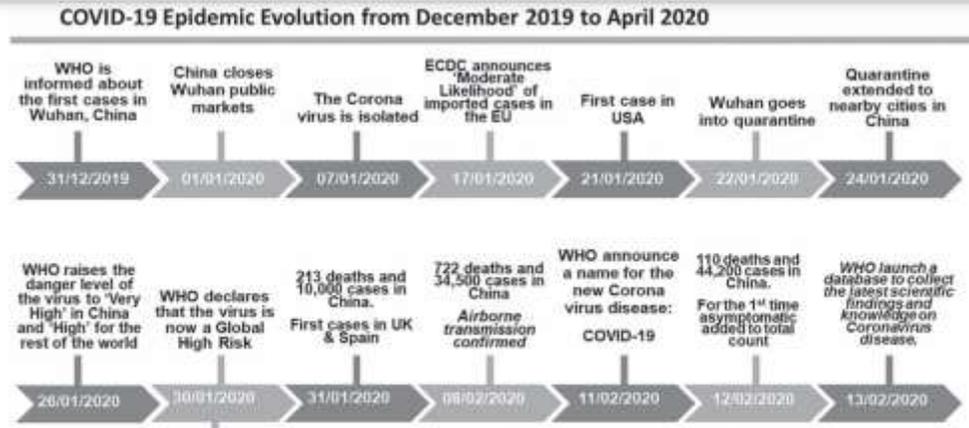


Figure 1 The timeline in Italy, following the Index cases from 29 January to 18 February 2020.



RACCO PER LA DURAN OUTBR

Micaela La Re
Vittorio Fine
Bertini, Mauri
Rosaria Di To
La Regina, Al
Romano, Chi
Soldo, Sergio

RACCOMANDAZIONI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI DURANTE L'EMERGENZA COVID - 19 OUTBREAK

Micaela La Regina, Michela Tanzini, Francesco Venneri, Giulio Toccafondi, Vittorio Fineschi, Peter Lachman, Luca Arnoldo, Ilaria Bacci, Graziella Bertini, Maurizio Cardì, Alessandra De Palma, Francesco Di Marzo, Maria Rosaria Di Tommaso, Andrea Fagiolini, Francesco Falli, Marco Feri, Raffaele La Regina, Antonino Morabito, Stefano Parmigiani, Mario Plebani, Elisa Romano, Chiara Seghieri, Matteo Trezzi, Pierfrancesco Tricarico, Anna Rita Soldo, Sergio Sgambetterra, Giorgio Tulli, Riccardo Tartaglia

25 aprile 2020

INDICE GENERALE

INTRODUZIONE

SISTEMA DI LAVORO

1. RACCOMANDAZIONI GENERALI	1
2. RACCOMANDAZIONI PER LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI INFERMIERISTICI	4

PERCORSO CLINICO

3. RACCOMANDAZIONI PER LA DIAGNOSI	5
4. RACCOMANDAZIONI PER IL TRATTAMENTO OSPEDALIERO	8
5. ETICA DEI TRATTAMENTI SANITARI	11
6. RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CHIRURGICO COVID-19	12
7. RACCOMANDAZIONI PER LE DONNE IN GRAVIDANZA	15
8. RACCOMANDAZIONI PER I PAZIENTI PEDIATRICI	17
9. RACCOMANDAZIONI PER I PAZIENTI ONCOLOGICI E IMMUNODEPRESSI	18
10. RACCOMANDAZIONI PER I PAZIENTI IN EMODIALISI	19
11. RACCOMANDAZIONI PER LA DIMISSIONE	20
12. SICUREZZA PSICOLOGICA DELLO STAFF	22
13. BENESSERE MENTALE DEL PAZIENTE	24
14. RACCOMANDAZIONI PER PROCEDURE MEDICO LEGALI	26
15. RACCOMANDAZIONI PER STRUTTURE PSICHIATRICHE OSPEDALIERE E TERRITORIALI	30
16. RACCOMANDAZIONI PER LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE E CASE DI CURA	32
17. RACCOMANDAZIONI PER LA MEDICINA GENERALE	34
18. RACCOMANDAZIONI ISOLAMENTO DOMICILIARE	37
19. RACCOMANDAZIONI PERSONE IN QUARANTENA	38

OUTCOME

20. MISURAZIONE DEGLI OUTCOME	39
-------------------------------	----

BIBLIOGRAFIA

APPENDICE FARMACI



Frontiers of Improvement

Expanding frontiers of risk management: care safety in nursing home during COVID-19 pandemic

MATTEO SCOPETTI¹, ALESSANDRO SANTURRO¹,
RICCARDO TARTAGLIA³, PAOLA FRATI^{1,2}, and VITTORIO FINESCHI^{1,2}

¹Department of Anatomical, Histological, Forensic and Orthopaedic Sciences, Sapienza University of Rome, Viale Regina Elena 336, Rome 00185, Italy, ²IRCCS Neuromed, Via Atinense 18, Pozzilli 86077, Italy, and ³Italian Network for Safety in Health Care, Via dei Renai 23, Florence 50125, Italy

Address reprint requests to: Vittorio Fineschi, Department of Anatomical, Histological, Forensic and Orthopaedic Sciences, Sapienza University of Rome, Viale Regina Elena 336, Rome 00185, Italy. Tel: +39 06 49912907; Fax: +39 06 4991 2097; E-mail: vittorio.fineschi@uniroma1.it

Editorial Decision 15 July 2020; Accepted 22 July 2020

Abstract

Background: Nursing homes provide long-term care and have residential-oriented hospitalizations characterized by medical, nursing and social-care treatments for a typically geriatric population. In the current emergency phase, the problem of infections in residential structures for the elderly is taking on considerable importance in relation to the significant prevalence rates of coronavirus disease 2019 (COVID-19).

Safety improvement strategies: Prevention and control measures for severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in nursing homes should be planned before a possible outbreak of COVID-19 occurs and should be intensified during any exacerbation of the same. Each facility should identify a properly trained contact person—also external—for the prevention and control of infections, who can refer to a multidisciplinary support committee and who is in close contact with the local health authorities. The contact person should collaborate with professionals in order to prepare a prevention and intervention plan that considers national provisions and scientific evidence, the requirements for reporting patients with symptoms compatible with COVID-19 and the indications for the management of suspected, probable or confirmed cases of COVID-19.

Discussion: Adequate risk management in residential structures implies the establishment of a coordination committee with dedicated staff, the implementation of a surveillance program for the rapid recognition of the outbreaks, the identification of suitable premises and equipment, the application of universal precautions, the adaptation of care plans to reduce the possibility of contagion among residents and the protection of operators and staff training initiatives.

Key words: COVID-19 pandemic, nursing homes, risk management, care safety, infection control

Table 1 Questions addressed for the development of improvement strategies

1. Definition of the characteristics and duties of the professional involved in the assistance
2. Definition of care activities and tasks that can increase the infectious risk by affecting the safety of the patient and professionals
3. Characterization of the environment for the identification of sources of risk
4. Identification of the devices used in the care pathways capable of increasing or decreasing the probability of adverse events
5. Characterization of organizational aspects capable of promoting or preventing exposure to infectious risk
6. Definition of the ways in which the environment, professionals, devices and organization can facilitate or hinder the prevention of infectious risk



Adozione ed attuazione di un adeguato Modello Organizzativo per una corretta ed uniforme:

- **Gestione delle attività sanitarie anche in condizioni di emergenza**
- **Ripartenza delle attività sanitarie e socio sanitarie interrotte durante il periodo di emergenza**

Impedire il rischio di nuovi focolai epidemici da Sars-Covid 19

Assicurare il minor rischio per i pazienti/ospiti, visitatori, operatori



SCUDO PENALE

- **La ratio giuridica**
- **I medici non possono scegliere il vaccino da applicare nè tantomeno rispondere personalmente delle reazioni avverse al vaccino stesso, qualora abbiano effettuato correttamente il loro compito che si "limita" alla somministrazione. In altre parole, il medico risponderà dei danni derivanti da un sovradosaggio del siero, della mancata osservazione clinica del paziente dopo l'inoculazione o della scelta di una zona del corpo sbagliata per l'iniezione.**



DECRETO-LEGGE 1 aprile 2021, n. 44

Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici. (21G00056)

(GU n.79 del 1-4-2021)

Vigente al: 1-4-2021



Responsabilita' penale da somministrazione
del vaccino anti SARS-CoV-2

1. Per i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale verificatisi a causa della somministrazione di un vaccino per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV -2, effettuata nel corso della campagna vaccinale straordinaria in attuazione del piano di cui all'articolo 1, comma 457, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, la punibilita' e' esclusa quando l'uso del vaccino e' conforme alle indicazioni contenute nel provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio emesso dalle competenti autorita' e alle circolari pubblicate sul sito istituzionale del Ministero della salute relative alle attivita' di vaccinazione.



Di Covid. Via libera definitivo alla Camera. Lo 'scudo penale' per gli operatori sanitari è legge

L'approvazione è arrivata con 311 voti favorevoli e 47 contrari. L'articolo 3-bis del provvedimento prevede che fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, saranno punibili solo nei casi di colpa grave. Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice dovrà tenere conto anche della limitatezza delle conoscenze scientifiche sulle patologie da Sars-Cov-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili. [IL TESTO](#)



25 MAG - Via libera definitivo dell'Aula della Camera al decreto Covid nel testo già licenziato le scorse settimane dal Senato. Il testo è stato approvato a Montecitorio con 311 voti favorevoli, 47 contrari e due astenuti. Da segnalare che, nel corso della seduta, alcuni deputati di Lega e Fratelli d'Italia hanno presentato tre emendamenti identici con i quali miravano a sopprimere dal testo l'obbligo alla vaccinazione per gli esercenti le professioni sanitarie. Questi emendamenti, su cui il Governo aveva espresso parere contrario, sono stati poi respinti con 334 pareri contrari, 48 favorevoli e 12 astenuti.

Tornando al provvedimento, questo prevede non solo le misure di contenimento dell'epidemia applicate nel periodo dal 7 aprile al 30 aprile 2021, ma soprattutto la limitazione della responsabilità penale degli esercenti la professione sanitaria

durante il periodo dell'emergenza Covid.



Dopo l'articolo 3 è inserito il seguente:

« Art. 3-bis. – (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19) – 1. Durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, e successive proroghe, i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave.

2. Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza ».



Curare il Covid19 è una prestazione «di speciale difficoltà»?

L'art. 2236 c.c. potrebbe essere un utile strumento per limitare la responsabilità sanitaria nelle ipotesi di errore

La norma prevede una limitazione di responsabilità ai soli casi di dolo o colpa grave per il prestatore d'opera professionale che si sia trovato ad affrontare «problemi tecnici di speciale difficoltà» nell'esecuzione della prestazione



Limitazione della responsabilità ai sensi dell'art. 2236 c.c.

Colpa grave: evidenti e grossolani errori



Attiene alla **imperizia:** inosservanza delle
«*leges artis*»

Problemi tecnici di speciale difficoltà: il caso si presenta come eccezionale e straordinario, per non essere ancora stato adeguatamente studiato nella scienza e sperimentato nella pratica, ovvero per essere oggetto di dibattiti scientifici.

Con riguardo all'infezione da Covid si hanno:
limitate conoscenze medico scientifiche
mancanza di farmaci di sicura efficacia
mancanza di linee guida terapeutiche condivise e consolidate nella comunità scientifica e di buone pratiche clinico-assistenziali

L'INFLUENZA

Comincia con mal di capo, brividi di freddo e febbre.

Quando non vi siano altre complicazioni, non e' malattia grave e la febbre cessa in due o tre giorni.

Se la febbre seguita o ritorna, forse significa che e' grave **POLMONITE**.

Appena il paziente si sente male deve essere messo a letto in una camera separata, e non deve assolutamente alzarsi per qualsiasi motivo.

Si chiami subito un Dottore.

Noi urgentemente suggeriamo ai **MALATI** di andare all'ospedale appena si sentono male.

ROCHESTER HEALTH BUREAU

JOSEPH ROBY, M. D., Acting Health Officer

INFLUENZA

Begins with Headache
Chilly Sensations and Fever

When uncomplicated it is not a serious disease and fever goes down in two or three days.

If fever persists or returns it probably means a most serious **PNEUMONIA**.

When first taken sick, patients must be put to bed in a room by themselves and must not get up for anything.

Send for a doctor right away.

We urgently advise patients to go to a hospital in the early stage.

ROCHESTER HEALTH BUREAU

JOSEPH ROBY, M. D., Acting Health Officer



"Se volevo essere paziente,
mi facevo ricoverare."

